

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 mai 1908, à 1 heure

Par Agop EKMEKDJIAN

L'ORIGINE MÉDICALE

DES

HÉMIANESTHÉSIES HYSTÉRIQUES

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : { MM. BLANCHARD et ROGER, professeurs.
 { SICARD, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
Clinique d'accouchements	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
CARNOT	JEAN SELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABRE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS, A MA FEMME

A MA REGRETTÉE TANTE

A MES AMIS DÉVOUÉS

ET

A MES MALADES

A TOUS MES MAÎTRES QUI, PENDANT MES LONGUES ANNÉES
D'EXTERNAT DANS LES HÔPITAUX, M'ENSEIGNÈRENT LA
PATHOLOGIE :

M. WALTHER (Chirurgie, 1902-1903).

M. CAMPENON (Chirurgie et gynécologie, 1903-
1904).

M. JEANSELME (Médecine générale, maladies cuta-
nées et vénériennes, 1904-1905).

M. BABINSKI (Maladies nerveuses, 1905-1906).

M. NETTER (Médecine infantile, 1906-1907).

M. BALLET (Maladies mentales, mai 1907-novembre
1907).

M. LENOIR (Maladies du tube digestif et de la
nutrition, décembre 1907-mai 1908).

Hommage de profonde reconnaissance.

Qu'il me soit permis d'exprimer ma profonde et sincère gratitude tout particulièrement à mon cher et vénéré maître, M. le D^r BABINSKI, pour m'avoir appris, avec son esprit observateur clair et rigoureux, à examiner les malades nerveux les plus compliqués.

Je le remercie aussi vivement d'avoir inspiré le sujet de ma thèse et de me l'avoir facilitée en me donnant à profusion des observations consignées dans sa clinique de maladies nerveuses de l'hôpital de La Pitié.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

Hommage respectueux.

Historique.

L'histoire de l'hystérie est longue à faire, et certes, suivre son évolution à travers les âges est bien intéressant. Nous n'avons pas cette prétention ; nous nous bornerons seulement à citer les personnages les plus importants de cette histoire.

Hippocrate, Celse, Galien, connurent l'hystérie, mais il faut arriver à une période plus moderne pour la voir s'émanciper des vieilles théories qui nous restent comme des curiosités historiques. Il n'est plus question, en effet, de suffocation ni d'ascension de la matrice. L'hystérie n'est plus synonyme de lubricité malade ; il semble, au contraire, que les hystériques dédaignent l'amour physique. Nos hystériques contemporains ne sont plus des possédés du démon, lequel élève leur corps en l'air, leur inspire la faculté de parler plusieurs langues ou les rend totalement insensibles ; cette phase est celle où l'hystérie est du domaine de la sorcellerie ou du surnaturel.

Charles Lepois, en 1618 (Carolus Piso), de Pont-à-

Mousson, rompt avec la théorie utérine et attribue déjà aux nerfs les manifestations de l'hystérie ; en même temps il parle de l'hystérie masculine et de l'hystérie infantile.

Sydenham (1681) donne des monographies brillantes dans une œuvre admirable ; il parle déjà de la simulation, idée que Charcot vulgarisa en disant : « L'hystérie est la grande simulatrice. »

Briquet (1859), dans son *Traité*, conclut à la production de l'hystérie en dehors de toute lésion anatomique en disant : « Pour moi, l'hystérie est une *névrose de l'encéphale*, dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions. »

Avec Charcot (1888) commence l'ère scientifique de l'hystérie. Charcot montra magistralement que l'hystérie donnait lieu à des troubles moteurs qui ne dépendaient point de lésions anatomiques des nerfs, de la moelle et du cerveau. Ces troubles étaient sous la dépendance d'une disposition d'esprit du sujet. L'hystérie est la maladie psychique par excellence. Telle est la doctrine de Charcot et de toute la Salpêtrière.

Toute l'œuvre de Charcot peut se résumer dans les termes qu'il écrivit lui-même : « Cinq ou six fois, depuis le dernier siècle, les sociétés savantes ont été invitées à vérifier les phénomènes d'hypnotisme ; jamais elles n'ont pu arriver à des conclusions favorables. Cela tient vraisemblablement au manque de méthode dans les recherches faites : toujours les expérimenta-

teurs se sont laissé entraîner à étudier d'abord les phénomènes les plus mystérieux, les plus étranges; ils n'ont suivi aucune gradation, et chaque fois leur trop de hâte a retardé de vingt à trente années l'éclosion de la vérité. Nous procéderons autrement.

« Nous prendrons d'abord les faits simples, rudimentaires, faciles à analyser, et nous n'avancerons qu'en assurant nos positions. Systématiquement et volontairement nous laisserons de côté ce que l'on nomme les phénomènes supérieurs du magnétisme, la double vue, la divination, la transmission de la pensée. Chaque expérience sera rigoureusement contrôlée par tous les moyens en notre pouvoir. On se méfiera soigneusement de la simulation possible des sujets, de ce besoin de se rendre intéressants qui caractérise les hystériques et l'on se méfiera aussi de son propre enthousiasme, de cette exaltation que donne à tant d'observateurs l'intérêt des choses réputées merveilleuses. Surtout on n'ira pas trop vite. En face d'un phénomène captivant par son étrangeté, nous attendrons, si nous ne nous sentons pas encore mûrs pour l'étudier en parfaite connaissance de cause. Rien ne nous presse : ce que nous n'aurons pas pu faire, nos neveux le feront, car ils seront armés de tout ce que nous aurons fait avant. »

On voit quelle sagacité patiente et calme Charcot a dû mettre pour introduire l'ordre dans un chaos de faits obscurs. D'un trait, en homme savant, il expose la méthode saine d'observation, les causes d'erreurs inhérentes à l'observateur et au sujet étudié, et avec une

grande modestie il laisse à ses successeurs ce qu'il n'aura pu achever.

Après Charcot, la question de l'hystérie resta longtemps stationnaire ; les auteurs contemporains : Pierre Janet, Grasset, Sollier, Strumpell, Möbius prirent parti pour le côté philosophique de la question.

Plusieurs définitions, plusieurs théories ont été émises pour caractériser et expliquer les phénomènes de l'hystérie.

Pour M. Pierre Janet, l'hystérie est une psychose appartenant au groupe des maladies mentales par insuffisance cérébrale, par insuffisance mentale.

Pour M. Bernheim, l'hystérique est un sujet qui a un *appareil hystérogène* très développé et facile à émouvoir ; ce pouvoir hystérogène n'était pas lui-même plus défini que le mot hystérique.

Cependant il faut reconnaître à M. Bernheim le mérite d'avoir insisté sur le rôle de la suggestion dans l'hystérie ; il a vu notamment le rôle du médecin suggérant l'hémi-anesthésie. Mais sa méthode thérapeutique suggestive a dépassé les limites qu'il convient de fixer à la suggestion. La suggestion exclusive est incapable de guérir les maladies organiques, les névroses constitutionnelles ; elle peut toutefois apporter un certain soulagement moral, voire même une certaine amélioration dans l'élément psychique accessoire qui accompagne souvent la maladie organique.

M. Grasset émit une hypothèse très séduisante pour expliquer l'hypnotisme et la suggestion. Il a parlé de

psychisme inférieur ou d'automatisme supérieur et de psychisme supérieur.

On qualifia indifféremment de psychiques, de mentales, de fonctionnelles les manifestations de l'hystérie. Ces qualificatifs ne pouvaient avoir la prétention de délimiter l'hystérie, au contraire ils jetaient la confusion dans les esprits. Ces qualificatifs n'appartiennent pas qu'à l'hystérie. La mélancolie, la neurasthénie constitutionnelle sont des manifestations psychiques et non pour cela hystériques ; la démence précoce est une maladie mentale et non hystérique ; une crise d'épilepsie est un trouble fonctionnel, elle est bien différente d'une crise d'hystérie. Aucun de ces qualificatifs ne convenait à l'hystérie.

L'hystérie est une entité et, de ce chef, elle a droit à une définition n'appartenant qu'à elle seule.

INTRODUCTION

C'est à M. Babinski que revient l'honneur d'avoir donné une définition rationnelle de l'hystérie. Cette définition marque à coup sûr une date dans l'histoire de l'hystérie. Avec elle commence une phase nouvelle et importante.

« L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. »

« Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion, chez certains sujets, avec une exactitude rigoureuse, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. »

« Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Et, pour rompre avec le passé réveillé par le mot hystérie, M. Babinski propose le mot « pithiatisme »

tiré des deux mots grecs : *πειθώ* « persuasion » et *ιατός* « guérissable » ; alors l'hystérie serait désignée par pithiatisme et « hystérique » par pithiatique.

Cette définition a l'avantage d'éclaircir le chapitre de l'hystérie qui n'est qu'un chaos de troubles mal définis. Tout ce qui ne cadrerait pas avec ce qu'on savait déjà tombait dans le domaine de l'hystérie. On avait surenchéri sur la phrase de Charcot : « L'hystérie est une grande simulatrice », en soutenant que l'hystérie peut tout faire. Avec la nouvelle définition, les manifestations hystériques ont des caractères communs qui n'appartiennent qu'à elles.

Cette définition ne fut pas acceptée d'emblée par tout le monde. L'idée était nouvelle, et, pour la faire accepter, il a fallu lutter. Grâce à cette définition, le chapitre de l'hystérie se trouvait démembré et diminué de beaucoup. L'hystérie ne pouvait plus tout faire. Ainsi, un grand nombre de troubles coexistant avec l'hystérie sur un même sujet furent reconnus indépendants de celle-ci. Il s'agissait simplement d'associations de maladies organiques avec l'hystérie. De nouveaux caractères objectifs intrinsèques appartenant aux maladies organiques permettaient de ne plus confondre ces maladies avec l'hystérie. Dès lors on reconnut des signes que la volonté ne peut reproduire tels que l'extension des orteils, l'exagération des réflexes tendineux, la trépidation épileptoïde, l'immobilité pupillaire, le vertige voltaïque, la flexion combinée de la cuisse et du bassin, le signe du peaucier, la flexion exagérée de l'avant-bras, etc., et bien d'autres qu'on pouvait re-

produire à volonté par la suggestion et faire disparaître par persuasion.

Le mot suggestion exprime dans le langage médical l'action par laquelle on insinue à autrui ou on lui fait réaliser une idée manifestement déraisonnable. La persuasion exprime au contraire l'action d'insinuer ou de faire accepter une idée raisonnable.

Ces mots suggestion et persuasion donnèrent lieu à des polémiques sans nombre, mais cette discussion était secondaire quant à la délimitation de la définition de l'hystérie.

Puis M. Babinski reconnut l'identité de l'hypnotisme et de l'hystérie, et il donna une nouvelle définition de l'hypnotisme :

« L'hypnotisme est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve susceptible de subir la suggestion d'autrui. »

« Il se manifeste par des phénomènes que la suggestion fait naître, que la persuasion fait disparaître et qui sont identiques aux accidents hystériques. »

Fidèle à l'enseignement de notre maître, M. Babinski, nous concevons parfaitement la portée exacte de ses définitions, cependant qu'il nous soit permis de préciser les termes d'une discussion qui a eu lieu à propos du livre de M. Grasset intitulé : *L'hypnotisme et la suggestion*.

Pour M. Grasset, il y a deux psychismes : un psychisme supérieur et un psychisme inférieur ou automatisme supérieur. Voici la définition de ce dernier : « C'est

une fonction automatique qui n'est pas l'arc réflexe ordinaire, puisqu'elle aboutit à des actes coordonnés, intelligents, spontanés dans une certaine limite. C'est une fonction psychique dont les centres sont dans l'écorce cérébrale et qui doit être cependant soigneusement distinguée de la fonction psychique supérieure, siège de l'intellectualité supérieure, de la personnalité pleine et vraie, de la conscience entière et morale, de la liberté et de la responsabilité. » Et un peu plus loin : « Les actes automatiques supérieurs ont donc des centres distincts, d'une part des centres psychiques supérieurs, de l'autre des centres réflexes. Ces centres ne sont ni dans l'axe bulbo-médullaire (réflexes), ni même dans les centres basilaires et mésocéphaliques (réflexes supérieurs, automatisme inférieur). Ils sont dans l'écorce mais se distinguant des centres du psychisme supérieur également situés dans cette écorce cérébrale. » Les centres des actes automatiques supérieurs (psychisme inférieur) sont représentés sur le schéma de M. Grasset par des points reliés entre eux et constituant ainsi un polygone. Chacun des centres des actes automatiques est en communication, d'une part, avec des neurones inférieurs de conduction centripète et de conduction centrifuge, d'autre part relié à un point unique O situé au-dessus du polygone. M. Grasset place en O le centre psychique supérieur, centre du moi personnel, conscient, libre et responsable. Normalement le centre O a sous sa dépendance le fonctionnement du polygone, mais, sous des influences morbides, les relations entre O et le polygone peuvent être rompues ou l'in-

fluence de O sur le polygone peut s'atténuer jusqu'à disparition complète. Dans le sommeil physiologique O serait absent mais le polygone fonctionnerait, témoin les rêves ; il en serait de même pour quelqu'un qui lirait une page machinalement, sans chercher à comprendre ce qu'il lit. Et un peu plus loin (p. 9) M. Grasset ajoute : « Mais les actes polygonaux sont des actes psychiques, parce qu'il y a de la mémoire et de l'intellectualité dans leur fonctionnement. » D'ailleurs, il faut remarquer que M. Grasset avoue que son schéma n'a pas la valeur d'une coupe, avec localisations cérébrales, ce n'est qu'une hypothèse.

Pour être juste, il faut avouer sans parti pris, comme l'auteur de l'hypothèse lui-même, que le schéma de M. Grasset n'est qu'une illustration imagée de ce fait que la conscience nette ne s'affirme pas toujours parfaite dans ses nobles manifestations : sa présence, son activité, son perfectionnement peuvent subir des modifications de qualité et de quantité.

Donc, prétendre avoir réfuté la théorie ou pour mieux dire le schéma de M. Grasset en disant : « Sur ce terrain des hypothèses nous préférons croire que le centre psychique est *un*, et que les divers aspects sous lesquels il se manifeste proviennent de sa plus ou moins grande activité. Certains actes qui pour Grasset sont accomplis par le polygone (sorte de carrefour de l'automatisme et de l'intelligence), peuvent, selon nous, ressortir à des centres bulbo-médullaires sur lesquels agirait un pouvoir régulateur psychique. D'autres actes que l'auteur attribue également au polygone hypothé-

tique peuvent être mis sous la dépendance du centre psychique supérieur (le centre O de M. Grasset), en admettant que ce centre se trouve alors dans un état de faible activité. A une grande activité physiologique correspondrait la conscience nette, et à une certaine torpeur du centre intellectuel, le sommeil de la conscience », c'est remplacer une hypothèse par une autre ayant le même fond sous une forme légèrement différente.

« La plus ou moins grande activité du centre psychique *un* », « le pouvoir régulateur psychique agissant sur les centres bulbo-médullaires » et la « faible activité du centre psychique » de l'adversaire de M. Grasset correspondent comme idée au centre O fatigué, faible, mobile de M. Grasset, « qui abdique la direction qu'il doit exercer normalement sur les centres polygonaux » (Grasset).

M. Grasset, voulant appliquer son schéma à l'hypnose, donne une définition schématique de l'état de suggestibilité en disant: « C'est un polygone émancipé de son centre O qui obéit au centre O de l'hypnotiseur. » L'adversaire de M. Grasset s'élève contre cette hypothèse, il allègue la participation de l'intelligence dans les actes commis par le sujet en hypnose incompatible avec l'idée d'une absence de O. Sur le terrain de la discussion oiseuse on peut répondre que ces actes un peu intelligents peuvent être effectués par le polygone du psychisme inférieur, de plus l'obéissance demi-aveugle de l'hypnotisé ne peut accepter l'idée de l'intégrité absolue du centre O de M. Grasset. Peut-on mettre en

doute, que les sujets atteints de paralysie hystérique ne sont pas des malades? des perturbés dans leur psychisme? Peut-on hypnotiser qui l'on veut, quiconque veut peut-il avoir une hémiplégie ou une paraplégie hystérique? pour l'avoir il faut un état d'esprit spécial, une perturbation dans le psychisme de l'individu.

IMPROPRIÉTÉ DE L'EXPRESSION: STIGMATES D'HYSTÉRIE

Il est classique de reconnaître à l'hystérie deux ordres de manifestations, les unes permanentes dites stigmates, les autres passagères.

Les principaux stigmates de l'hystérie sont les troubles de la sensibilité générale et spéciale, dits troubles sensitivo-sensoriels: l'anesthésie et l'hyperesthésie complètes, l'hémianesthésie, l'hémihyperesthésie, les zones hystérogènes, les îlots anesthésiques ou hyperesthésiques, l'anesthésie pharyngée, la boule hystérique, le clou hystérique, l'hyperesthésie ovarienne. Parmi ces stigmates celui qui va nous occuper est le stigmat *hémianesthésie*.

Voici ce qui est écrit au sujet des stigmates dans l'article de l'hystérie du traité de médecine Brouardel et Gilbert : « Les symptômes apparents de l'hystérie sont très variables et leur abondance justifie la phrase classique de Sydenham que « l'hystérie est un véritable Protée qui se présente sous autant de couleurs que le caméléon. » C'est pour ces symptômes pénibles et bruyants que le médecin est consulté. Leur nature hystérique n'est pas toujours évidente, mais la tâche est facilitée

par l'aisance avec laquelle on peut généralement mettre en évidence chez ces malades certains troubles dont la nature hystérique ne peut faire aucun doute et qu'on appelle des *stigmates*.

« Ceux-ci, présents à chaque fois qu'on les recherche, sont considérés comme *essentiels* et *permanents* bien qu'ils soient *discrets*, c'est-à-dire presque toujours ignorés des malades, et *indifférents*, c'est-à-dire ne gênant aucunement les fonctions ordinaires de la vie.

« On oppose aux stigmates qu'il faut rechercher les accidents et les paroxysmes, manifestations *passagères*, quoique très tenaces parfois, mais *éclatantes* et attirant forcément l'attention.

« En réalité, la clinique ne permet pas de distinctions aussi tranchées, l'enchevêtrement des phénomènes hystériques ne correspond pas à cette division schématique, la plupart des accidents ne sont que l'exagération des stigmates. Un même phénomène peut se rencontrer à l'état de stigmate, c'est-à-dire être ignoré du malade, ne se manifester qu'au moment où on le recherche ou à l'état d'accident permanent parfaitement gênant pour les fonctions ordinaires de la vie ; il peut encore se montrer dans un paroxysme ou dans un état de mal paroxystique. »

Le caractère essentiel du stigmate est la permanence. D'après ce passage les prétendus stigmates seraient présents toutes les fois qu'on les recherche ; il n'en est rien et nous verrons dans la suite que les dits stigmates de l'hystérie ne sont pas toujours présents, c'est le cas le plus fréquent, et qu'on peut les créer et les faire

disparaître à volonté. L'absence de permanence seule suffit donc à condamner l'impropriété de l'expression, stigmaté, donnée aux manifestations prétendues permanentes de l'hystérie. La microcéphalie, la macrocéphalie, les déformations et les asymétries du crâne et de la face, les malformations de l'hélix, le développement du tubercule de Darwin, l'adhérence du lobule ; les anomalies du développement de l'appareil génital, de la peau, du cuir chevelu, du squelette sont des marques indélébiles et furent désignées pour cela par M. Magnan sous le nom juste de stigmates physiques de dégénérescence. A ces stigmates physiques on a opposé les anomalies de l'intelligence, du sens moral, du caractère, de l'émotivité, de la volonté, ces anomalies sont en quelque sorte des stigmates psychiques ; ces stigmates psychiques apparaissent souvent dès l'enfance et constituent une signature indélébile de la vie de l'individu.

On voit aussi d'après le même passage cité plus haut que la présence des stigmates concourt généralement à dépister la nature essentiellement hystérique des autres symptômes de la maladie. Il est vrai que les malformations anatomiques énumérées constituent une présomption sérieuse de dégénérescence cérébrale concomitante, de même que les anomalies mentales font des individus porteurs de ces anomalies, des déséquilibrés, des dégénérés se tenant toujours sur les frontières de la folie. Mais le cas n'est plus pareil en hystérie, les stigmates de l'hystérie n'apportent pas toujours le même concours pour faciliter la nature hystérique des manifestations

concomitantes. On a tort de ramener à une cause unique les troubles présentés par un même sujet, les résultats pratiques d'un tel procédé sont déplorables. C'est la loi du moindre effort introduite en pathologie, parfois néfaste pour les malades. En face d'une manifestation dont on ignore la cause, la tâche est facilitée lorsqu'on découvre comme par bonheur les stigmates, donc la manifestation est de nature hystérique. C'est ainsi que l'hystérie s'est enrichie des hémorrhagies, hématuries, hémoptysies, hémathémèses, éruptions vésiculeuses et phlycténoïdes diverses, albuminuries, grossesses, fièvre, etc. L'hystérie avait bon dos, elle finit par compter beaucoup trop de troubles à son actif. Mais la suite démontra qu'il fallait bien revenir de ces troubles gratuitement classés au sein de l'hystérie.

Le manque de surveillance personnelle, de contrôle rigoureux permit de faire des acquisitions impropres au chapitre de cette maladie. Ces acquisitions prirent trop vite droit de cité dans les traités qui comptent comme la source mère de l'éducation médicale. Dans les observations de fièvre hystérique jusqu'ici rapportées, il est remarquable de voir que ce n'est jamais le rapporteur de l'observation qui a pris personnellement la température des malades. Voici l'histoire d'une malade chez qui nous avons nous-même découvert la supercherie.

Il s'agissait d'une infirmière de la Salpêtrière soignée à la Pitié dans le service de M. Babinski. Le thermomètre marquait des ascensions thermiques à écart insolite, 38° le matin, 42°, 43° le soir, tous les caractères d'une

fièvre hystérique telle qu'elle a été décrite. Rien n'expliquait cette fièvre. Nous avons personnellement insisté auprès de la malade pour découvrir la ruse, au bout de deux jours elle nous avoua qu'elle frottait le thermomètre avec ses draps pour paraître plus intéressante dans le service ; si on n'avait découvert cette supercherie, cette fièvre était qualifiée d'hystérique.

C'est ainsi que des hystériques présentent des cuvettes pleines de sang, qui ne se coagule pas, sans écla-boussure, il est impossible de trouver la moindre trace de sang sur les draps, sur la chemise, sur les oreillers, rien au pourtour de la bouche, dans l'arrière-gorge et sur les dents, l'état général reste bon avec un taux d'hémoglobine normal.

HÉMIANESTHÉSIE HYSTÉRIQUE

De tous les stigmates de l'hystérie, l'hémi-anesthésie est le stigmate le plus important. C'est le sujet qui nous occupe.

Les anesthésies partielles et généralisées étaient les *sigilla diaboli*, sceaux du diable dont la présence suffisait pour condamner les possédés au bûcher. « L'anesthésie totale, l'insensibilité pendant la « question » c'est le « charme de taciturnité » également diabolique. »

« Ces troubles (de la sensibilité) sont la traduction apparente de l'état hystérique, la *signature*, comme on l'a dit, de la maladie ; c'est en suivant leurs modifications qu'on pourra se rendre compte de l'évolution de l'affection et de l'action réelle de la thérapeutique mise en œuvre. »

L'anesthésie généralisée à tout le corps est très rare aujourd'hui. L'anesthésie partielle est plus fréquente. Ses modalités topographiques sont nombreuses, parfois il s'agit d'îlots disséminés sans ordre ; plus souvent

« elle se dispose en segments réguliers que déterminent des lignes circulaires déterminant un plan perpendiculaire au grand axe du membre, ce qui lui mérite les noms d'anesthésie en *gant*, en *manchette*, en *manche de veston*, en *gigot* en *botte*, etc. » Ces anesthésies hystériques, comme on sait, ont des caractères spéciaux tels que la mobilité (transfert), l'enregistrement par le malade malgré la non perception de la sensation, l'intégrité des réflexes cutanés des régions anesthésiques. Ces caractères ne s'appliqueraient qu'à l'anesthésie stigmatée.

« Elle est ignorée des malades, indifférente à l'exercice ordinaire de leurs facultés, sans action sur les réflexes, présente, en un mot, seulement lorsqu'on la recherche. »

Lasègue avait bien remarqué que les anesthésies hystériques demandaient à être recherchées, ces anesthésies sont ignorées des malades et il faut l'intervention du médecin pour les mettre en évidence. La remarque de Lasègue est fort significative, mais a-t-elle en plus un sens ironique ? Qu'ont-elles en effet de particulier ces anesthésies pour ne gêner en aucune façon les malades qui en sont atteints ? L'intégrité de la sensibilité cutanée est d'importance primordiale dans les actes de la vie courante. Les vrais anesthésiques éprouvent une véritable gêne de par leur anesthésie, les syringomyéliques se brûlent les doigts, les tabétiques perdent la notion de forme, de position, ce sont des malheureux ; tandis que les hystériques continuent à coudre, à faire des travaux manuels les plus minutieux.

Les mêmes remarques s'appliquent au rétrécissement du champ visuel. La cécité des hystériques se borne seulement à ne pas voir les doigts du médecin placés à cinquante centimètres, ils savent se diriger au dehors comme tout le monde, ils ne redoutent pas les rues les plus fréquentées, il n'est d'ailleurs pas d'exemple d'hystérique tombé dans un précipice, les hystériques choisissent l'endroit où ils vont tomber.

Ces anesthésies sans gêne sont « abstraction ». Il est plus que probable que la plupart d'entre elles n'existent pas avant le moment où le médecin la recherche, et c'est cette recherche maladroite qui les crée, elles doivent même disparaître immédiatement après la recherche, car les hystériques découverts anesthésiques continuent à vaquer à leurs occupations, sans éprouver la moindre gêne. A un examen ultérieur il est possible de découvrir à nouveau l'anesthésie que l'on avait créée précédemment, mais les caractères « innocents » de ces anesthésies portent à croire qu'elles disparaissent entre deux examens pour n'avoir d'existence réelle que pendant le court examen médical. Quelques-unes, rares il est vrai, persistent seules après l'examen qui les a fait naître. Cette manière de concevoir justifie l'opinion de Lasègue à propos des anesthésies hystériques.

Le phénomène de l'hémi-anesthésie et des anesthésies n'a pas encore trouvé une explication satisfaisante. Pour les uns il s'agirait de rétrécissement du champ de la conscience. Cette explication semble être juste de prime abord, la conscience humaine se compose de plusieurs éléments à la tête desquels se trouve l'élé-

ment *sensation*. Sentir c'est avoir conscience de quelque chose. Mais la sensation n'est pas seule en cause dans la conscience. Quand on fait quelque chose en *voulant* on affirme son moi, sa conscience : c'est la notion intime de l'effort. Le phénomène de la conscience se trouve à la terminaison des nerfs sensitifs dans les centres sensitifs et à l'origine des nerfs moteurs dans les centres moteurs, il y a une conscience de la sensation et une conscience de la motilité.

Mais la mémoire intervient en grande partie dans la conscience. En effet il faut que la sensation persiste un certain temps. Si une sensation, douloureuse par exemple, est fugitive et ne laisse aucune trace derrière elle, on ne peut comparer le moi affectif présent avec l'état affectif passé, la conscience n'est dans sa plénitude que lorsque le moi actuel est relié au moi des secondes précédentes par la mémoire.

On pourrait à la rigueur supposer que la conscience des hystériques est une conscience où l'élément mémoire est très réduit; mais cela n'est pas compatible avec les faits d'observation vulgaire : les hystériques souffrent comme tout le monde lorsqu'ils sont atteints d'un rhumatisme, d'une arthrite, d'une névrite ou de toute autre affection douloureuse.

L'hypothèse séduisante de M. Grasset donne des anesthésies une solution qui n'est que schématique. Pour l'auteur, les excitations périphériques ne sont pas perçues par le centre O mais seulement par le polygone automatique.

L'HÉMIANESTHÉSIE N'EST PAS UN STIGMATE MAIS UNE MANIFESTATION DE L'HYSTÉRIE

Le stigmatisme classique hémianesthésie ne présente pas, comme du reste les autres stigmates de l'hystérie, les caractères qui définissent un stigmatisme, c'est-à-dire la permanence. Le plus souvent l'hémianesthésie est absente ; quand elle existe, elle est susceptible de changer de forme, d'intensité et de siège ; elle peut d'ailleurs d'après l'opinion classique se substituer à d'autres stigmates, donc pas de caractères de permanence, de fixité, de stabilité, caractères essentiels des stigmates vrais ; de plus, comme nous l'avons vu, l'hémianesthésie stigmatisme n'est pas capable d'affirmer la nature hystérique des manifestations pathologiques concomitantes. On doit donc renoncer au mot stigmatisme donné à l'hémianesthésie.

Mais il ne s'agit pas seulement d'en changer le nom, mais aussi et surtout faut-il montrer que l'hémianesthésie n'est pas absolument inhérente à l'hystérique, c'est-à-dire qu'il n'est pas forcé qu'un sujet hystérique

soit absolument un hémianesthésique : c'est l'idée classique consacrée jusqu'ici par l'expression stigmaté. Il n'en est rien. L'hémianesthésie est une manifestation hystérique et, à ce titre, elle bénéficie de la définition donnée à toutes les autres manifestations de l'hystérie : elle peut être créée par la suggestion et elle peut disparaître par la persuasion.

En effet, deux ordres de faits sont en faveur de cette assertion : d'une part, chez aucun des hystériques vierges de tout examen antérieur concernant la recherche de la sensibilité par les piqûres, on n'a pu, entouré des précautions indiquées plus loin, trouver l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle : d'autre part, les hystériques chez qui on a trouvé l'hémianesthésie étaient tous des hystériques ayant été soumis antérieurement à la recherche de la sensibilité, ou bien il fut aisé de découvrir chez eux la suggestion ou l'auto-suggestion comme causes nettement provocatrices de l'hémianesthésie. En somme, si on avait à classer les hémianesthésiques suivant la cause originelle de l'hémianesthésie, il y aurait quatre catégories.

La première est celle où l'on n'a pas pu dépister la cause suggestive, cette classe ressemble à ces tabès dont on ne peut trouver la syphilis à l'origine, cependant on ne la nie pas, elle a dû exister pour donner lieu aux lésions des cordons postérieurs, on dit alors que la syphilis est méconnue, ignorée. Quand on ne peut pas trouver la suggestion à l'origine de l'hémianesthésie on n'a pas le droit de dire que cette cause n'a pas existé, car on sait combien est difficile de trouver

la suggestion ou l'auto-suggestion. Les moindres circonstances de la vie peuvent servir de point de départ à la suggestion, toute notre éducation est suggestion ; la suggestion peut avoir fait son œuvre sans pour cela être tombée d'une façon nette dans le champ de la conscience, elle a été subconsciente, elle arrive à son but par la voie détournée des associations d'idées, elle est minime, elle date de loin, elle nous échappe. La mémoire auditive et visuelle doit entrer pour une large part dans la suggestion. Une jeune personne marche sur un plot de tramway électrique, au bout de quelques jours, période de méditation, elle est atteinte de paralysie. Et insistant la malade raconte qu'au moment même de marcher sur le plot, elle s'était rappelé la conversation d'ouvriers de tramway qui parlaient de paralysie à la suite d'électrocution. Ce souvenir renforcé peut-être par la peur avait suffi pour développer la paralysie.

Puis viennent les hémianesthésiques qui s'auto-suggestionnent l'hémianesthésie, et cela se conçoit facilement quand on songe que, dans l'esprit du vulgaire, l'insensibilité est synonyme de paralysie ; après un traumatisme, au lieu de présenter de la paralysie, quelques hystériques peuvent présenter de l'hémianesthésie, c'est le même mécanisme.

La troisième classe est celle où l'on parvient à trouver la suggestion ou l'auto-suggestion à l'origine de l'hémianesthésie, la vue, l'imitation, l'appréhension, la fréquentation dans des sociétés d'hypnotisme constituent autant de source de suggestion.

ORIGINE MÉDICALE DES HÉMIANESTHÉSIES

La quatrième catégorie est la plus riche, c'est celle où l'hémi anesthésie est créée par le médecin, elle est d'origine médicale, elle est le résultat de l'interrogatoire tendancieux qui suggère l'hémi anesthésie, comme on le verra plus loin. Quelquefois le rôle du médecin est plus grand, après avoir suggéré, il entretient l'hémi anesthésie ; c'est ainsi que quelques hystériques deviennent de véritables virtuoses, ayant servi maintes fois à des démonstrations cliniques, beaucoup d'entre eux deviennent des piliers d'hôpitaux, ils choisissent les services où l'on s'intéresse à eux pour le merveilleux qu'ils ont, ou bien ils vont dans les services où un appareil faradique ne puisse démentir leur prétendu stoïcisme.

Une objection fut faite à propos de l'origine médicale de l'hémi anesthésie : pourquoi les anesthésies hystériques revêtent toujours cette forme hémilatérale, et pourquoi n'observe-t-on pas la forme paraplégique de l'anesthésie ou celle limitée au tronc et aux membres

supérieurs ? Cette forme hémilatérale est donc le propre de l'hystérie. On peut répondre en disant que c'est parce que l'opinion classique veut que ces anesthésies soient limitées à une moitié du corps, que les médecins suggèrent dans leur interrogatoire défectueux cette forme hémilatérale, et que du jour où l'on suggérera par l'interrogatoire l'idée d'une anesthésie limitée à la moitié supérieure ou inférieure du corps, on verra ces formes inconnues jusqu'à présent.

On peut ramener à deux les cas où l'on est amené à rechercher l'hémianesthésie. Dans le premier cas il s'agit de phénomènes nerveux bizarres, ne correspondant en rien à la nosographie officielle ; on cherche alors les prétendus stigmates, surtout l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, heureux quand on la trouve, la difficulté s'aplanit, et on se donne l'illusion d'avoir trouvé l'origine des troubles en question : c'est de l'hystérie. Dans le second cas il s'agit d'un phénomène nettement hystérique et, pour mieux confirmer cette origine, on explore l'état de la sensibilité cutanée.

Ce désir parfois ardent de découvrir l'hémianesthésie nous pousse à une recherche souvent par trop acharnée, au cours de laquelle, l'idée préconçue d'une hémianesthésie à trouver n'est peut-être pas sans nous suggestionner à notre tour. Alors on interroge de la façon la plus suggestive des malades dont le caractère essentiel est d'être suggestionnable. Voici quelques-unes des phrases classiques employées dans ce but :

« *Sentez-vous ce que je fais ?* »

Question qui peut suggérer l'idée suivante chez le

sujet : « Je puis donc ne pas sentir ce qu'on me fait », d'autant qu'il a les yeux fermés.

« *Sentez-vous également des deux côtés?* », idée suggérée possible : « Je puis donc ne pas sentir pareil des deux côtés. »

« *Sentez-vous aussi bien à droite qu'à gauche ?* »

« *Y a-t-il un côté qui sente moins que l'autre ?* »

« *Quel est le côté qui sent moins ou plus que l'autre ?* »

On voit que ces diverses questions ont toutes le défaut commun de pouvoir suggérer l'idée d'une inégalité dans la perception de la piqure suivant le côté droit ou gauche. Le plus souvent la réponse est affirmative, un côté sent en effet un peu moins que l'autre, c'est le dire des malades, et cette différence est si minime qu'on a l'habitude de se dire : y a-t-il augmentation de la sensibilité d'un côté ou diminution de l'autre ? La mesure de la sensation est chose presque impossible, la commune mesure étalon fait défaut. On se base donc, pour affirmer l'existence d'une hémianesthésie, purement et simplement sur l'affirmation des malades, sans compter qu'on est en droit de suspecter la parole des hystériques, leur mentalité est complexe, outre la suggestibilité il faut compter avec le mensonge, l'hystérique a avantage de se dire malade, il a un procès en cours, la perspective d'une indemnité gagnée ou perdue sont de nature à faire altérer la vérité. Quelquefois les malades sont de bonne foi, ils prennent plaisir à posséder un symptôme merveilleux, extraordinaire, ils ont un certain besoin de paraître intéressants, leur amour-propre en

est flatté ; d'autres enfin nous disent oui par politesse, simplement pour nous faire plaisir, ou encore ils croient que l'affirmation d'un signe particulier, recherché par le médecin, sollicite davantage l'attention de celui-ci ou que ce signe est peut-être de nature à inspirer le diagnostic et à faire appliquer un traitement plus efficace.

Le procédé clinique par les piqûres, employé pour mettre en évidence une différence de sensibilité pour le côté droit ou gauche du corps, n'est pas d'une rigueur scientifique, si bien qu'on est en droit de se demander, si la différence notée est réelle, ou si elle n'est pas due à l'imperfection du procédé. Les causes d'erreur qu'entraîne ce procédé sont nombreuses.

Le temps que l'on met pour effectuer ces recherches est trop long, il arrive en effet qu'à la fin d'une séance ayant à peine duré quelques minutes, tout s'embrouille, les résultats obtenus sont différents suivant que l'on se trouve au début, au milieu ou à la fin de la séance, on est obligé de tout remettre à une séance suivante. Les résultats sont faussés par une multitude de causes résultant de ce qu'on appelle *la mémoire élémentaire*, il y a persistance de la sensation difficile à mesurer ; aussi brève que soit une excitation, elle laisse après elle un retentissement prolongé, qui peut être tout à fait latent, et qui constitue la mémoire élémentaire. Toute excitation amène un changement moléculaire au sein d'une cellule vivante. Ce changement persiste pendant quelque temps, puis la cellule revient *ad integrum* et devient ainsi identique à elle-même. Le retour à la normale ne s'effectue pas quand il s'agit d'une cellule nerveuse psy-

chique, l'excitation laisse après elle quelque chose d'indélébile qui constitue le souvenir. Pour bien faire, il faudrait à la suite de chaque coup d'épingle attendre le retour *ad integrum* partiel, et même dans ce cas le souvenir de la sensation antérieure influe sur l'intensité de la sensation suivante.

Les nombreuses piqûres répétées dans une zone peuvent réveiller la sensibilité d'une région voisine ou éloignée qui se trouve ainsi exaltée. Chaque piqûre attire l'attention du sujet sur la piqûre qui va suivre, or on sait que la concentration de l'attention sur une douleur l'exalte, par contre la distraction en diminue l'intensité ; les distractions ne manquent pas dans les conditions où nous opérons ces recherches. Pascal plongé dans ses problèmes oubliait ses névralgies, les soldats dans le feu de la guerre sentent moins leur douleur. Il faudrait donc pour être rigoureux mettre les malades dans les mêmes conditions d'attention, ce qui n'est guère possible ; l'attention n'est pas toujours la même durant toute la période de l'examen, on est même obligé de prier le malade de faire attention. De plus, des excitations prises isolément peuvent être impuissantes, mais quand elles sont répétées, elles deviennent efficaces, leur inefficacité apparente augmente tout de même l'excitabilité de l'organisme. Il faudrait aussi étudier la sensibilité normale de chaque zone. La surface du corps n'est pas également sensible, il y a des régions dont la sensibilité est plus ou moins grande, la pulpe des doigts, les paupières sont extrêmement sensibles.

Ces mêmes remarques s'appliquent à la mesure com-

parative de la thermoesthésie ; ici il y a un nouvel élément qui surgit, l'impression de chaud et de froid ne dépend pas de la température absolue de l'objet et de la surface du corps humain, mais de la différence de température des corps mis en contact, l'impression thermique est différente suivant qu'on trempe la main chaude ou froide dans une eau à température donnée.

De plus notre moyen d'investigation est très imparfait, on ne peut pas toujours mesurer la force avec laquelle nous faisons pénétrer l'épingle dans les téguments. Il faut aussi remarquer qu'on a l'habitude de faire pénétrer l'aiguille d'une façon toute spéciale. En effet, craignant de faire trop de mal, on fait pénétrer l'aiguille lentement, et surtout au lieu de l'enfoncer perpendiculairement à la surface cutanée, on l'enfonce parallèlement à cette surface, l'aiguille ainsi ne traverse point les téguments de part en part mais elle chemine dans l'épaisseur de la couche cornée superficielle de la peau. Ainsi faite, la piqûre n'est pas douloureuse, bien qu'elle arrive à pénétrer jusqu'à deux, parfois même trois millimètres. Nous avons enfoncé l'épingle de cette façon sur une vingtaine de sujets, ils n'ont pas accusé de douleur, il a suffi de piquer brusquement et perpendiculairement aux téguments pour faire accuser de la douleur chez les mêmes sujets et dans les mêmes zones que précédemment. Du reste, il suffit de faire cette expérience sur soi-même pour être convaincu de son innocuité.

Pour éviter de suggérer l'hémi-anesthésie il faut prendre quelques précautions ; d'abord il ne faut pas se li-

vrer à cet examen devant les autres malades, on empêchera ainsi aux épidémies de symptômes de surgir, les hystériques se contagionnent avec la plus grande facilité, l'esprit d'imitation est très développé chez eux ; ensuite il ne faut pas parler en présence du malade de la nature et du but des recherches, la sobriété de mots est une sage pratique avec les hystériques. Il faut appliquer un bandeau sur les yeux du malade, et faire en sorte qu'il ignore tout ce qu'on va lui faire, demander l'épingle, la glace, le tube chaud ou froid par des gestes à l'infirmière dressée dans ce but. Puis on prie le malade de compter 1, 2, 3, 4 et ainsi de suite toutes les fois qu'il sentira quelque chose, une sensation de contact de froid, de chaud ou de piqure. Quand les malades manquent un nombre, il suffit, pour s'assurer s'il s'agit d'une inattention ou d'une véritable absence de perception, de demander : « Qu'est-ce que je viens de faire ? » et non pas « n'avez-vous pas senti ce que je viens de vous faire ? » S'il s'agit d'une véritable absence de perception, le malade répondra : « Je ne sais pas, je n'ai rien senti » ; si cela est exact il faut se garder de lui révéler qu'il n'a pas senti, bien que vous l'ayez piqué, il n'y a qu'à enregistrer sans proférer mot, il faut être circonspect jusqu'à la fin.

Lorsqu'il s'agit de la recherche de la thermoesthésie il ne faut pas dire : « Est-ce chaud, est-ce froid ? », mais simplement : « Quelle impression vous fait ce que je fais là ? » il faut insister, si votre tube est vraiment chaud ou si vous vous servez d'un morceau de glace, et s'il n'y a pas de trouble de sensibilité, le malade

finira par dire que c'est froid ou chaud, souvent il frissonnera ou se retirera.

Pour le sens stéréognostique, après avoir mis un petit objet dans la main, demander : « Quel genre d'objet avez-vous dans la main ? décrivez-le-moi, à quoi ressemble-il ? »

Pour la recherche de la notion de position on fait exécuter soi-même des mouvements passifs aux membres inférieurs ou supérieurs, et on se garde bien de dire : « Dans quelle position se trouve votre jambe ou votre bras ? » mais on dit : « Dites-moi ce que j'ai fait avec votre jambe ou avec votre bras ». Insistez, prenez patience, au bout de quelques minutes le malade finira par dire que son membre a été mis dans telle ou telle position.

Mais, a-t-on objecté, la douleur est une sensation purement subjective, comment peut-on se rendre compte de l'inégalité dans la sensibilité sans interroger le malade à ce sujet pour avoir son avis ? Pour nous, nous estimons, qu'en la circonstance, tant qu'on se sent dans la nécessité d'avoir l'avis du malade, il n'y a pas de différence réelle méritant le nom d'hémianesthésie ; cette différence est tellement insignifiante, qu'elle peut-être mise sur le compte de l'inattention ou sur le compte du procédé qui n'est pas sans entraîner des causes d'erreurs inévitables. De cette hémianesthésie, de cette hyperesthésie il ne faut pas faire cas. Il ne faut se prononcer sur l'existence d'une hémianesthésie que lorsque celle-ci a été mise en évidence indubitablement par le procédé entouré des précautions sans le secours de l'in-

terrogatoire verbal. La grimace provoquée par la douleur de la piqûre suffit pour nous guider, sans avoir recours à l'aveu du malade. Il suffit pour cela de piquer les téguments avec la même force, et surtout, assez brusquement (sans être brutal) et perpendiculairement à la surface. Ce procédé seul criera s'il y a de l'hémianesthésie. Du reste, chez les malades suspects, menteurs ou de mauvaise foi, on n'aura qu'à vérifier le résultat en appliquant sur les régions les électrodes d'un appareil faradique avec un courant assez intense; on verra presque toujours le malade fuir les électrodes et se plaindre.

OBSERVATIONS

Nous rapporterons ici quatre séries d'observations.

Dans la première série, ce sont des observations d'hystériques ayant présenté de l'hémianesthésie. Mais toutes ces malades avaient été soumises antérieurement à l'examen de la recherche de la sensibilité par les piquûres, chez toutes ces malades l'hémianesthésie disparut sous l'influence de la persuasion, ce qui met en défaut l'expression de stigmate donné à l'hémianesthésie.

Dans la deuxième, il s'agit d'hystériques n'ayant pas été soumises antérieurement à la recherche de l'hémianesthésie. Ces hystériques, examinées avec toutes les précautions indiquées plus haut, ne présentèrent pas d'hémianesthésie, ce fait plaide en faveur de la thèse soutenue que la majorité des hémianesthésies sont créées par l'interrogatoire suggestif du médecin.

Dans la troisième, il s'agit d'hystériques qui, à un premier examen entouré de précautions, ne présentèrent pas d'hémianesthésie, mais examinées ultérieurement, sans précautions en présentèrent; ce fait cons-

titue la contre-partie, la démonstration du fait avancé dans la deuxième série, c'est-à-dire la défectuosité de l'interrogatoire sans précaution.

Enfin dans la quatrième il y a quatre observations où l'on a pu facilement mettre en évidence l'origin^e médicale ou non médicale de l'hémianesthésie.

Observation I

B..., entre à La Pitié, le 15 mars 1906, dans le service de M. Babinski.

Elle se plaint depuis quatre ans de crises nerveuses.

Ses crises sont précédées par une sensation de boule qui lui monte à la gorge et qui l'étouffe.

Ces crises surviennent à la suite de contrariétés.

Tous les réflexes sont normaux.

Elle nous dit qu'elle sent moins à gauche qu'à droite.

On provoque la crise par l'application des électrodes d'un appareil faradique.

La crise est terminée par des paroles de persuasion.

Après la crise, la malade pleure.

On fait disparaître l'hémianesthésie gauche par l'application d'un aimant,

La malade revient, du reste, le 11 mai pour un hoquet hystérique.

La malade nous dit avoir été déjà piquée par un médecin avec des épingles.

Observation II

G..., âgée de 32 ans, 1907.

Il s'agit d'une épileptique qui est en même temps hystérique.

Elle a des crises, avec morsure de la langue, avec pertes d'urine involontaire et amnésie complète, elle tombe n'importe où.

Mais elle a aussi des crises survenant à la suite de contrariétés.

Elle a la sensation de la boule constrictive.

Elle est facilement hypnotisable.

Elle présente de l'hémianesthésie gauche.

La persuasion dans le sommeil hypnotique fait disparaître l'hémianesthésie.

La malade avait été déjà soumise à la recherche de la sensibilité par les piqûres d'épingle.

Observation III

G..., âgée de 15 ans. Service de M. Babinski. Vient pour une affection chirurgicale du poignet.

Au cours de l'examen systématique du système nerveux, on découvre de l'hémianesthésie.

La malade avait été déjà soignée en ville par un médecin qui avait recherché la sensibilité par le procédé des épingles.

La persuasion fit disparaître complètement cette hémianesthésie.

Ces hémianesthésies paraissent avoir été suggérées par le médecin ; de plus, la persuasion ou la faradisation les firent disparaître,

Observation IV

E... A..., âgée de 39 ans.

Vient dans le service de M. Babinski, à La Pitié, le 9 octobre 1906.

Elle se plaint de crises nerveuses précédées par une sensation de constriction à la gorge, par une boule qui monte derrière le sternum.

Les crises se terminent par des crises de larmes.

Tous les réflexes sont normaux.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas de trouble dans la sensibilité spéciale et générale.

Pas d'hémi anesthésie.

Observation V

B..., vient à La Pitié, le 9 mars 1906.

Elle a des crises manifestement hystériques précédées d'étouffement.

Tous les réflexes sont normaux

Aucun trouble dans les divers modes de sensibilité générale et spéciale.

Pas d'hémi anesthésie.

Observation VI

B..., vient dans le service de M. Babinski, le 10 novembre 1906.

Elle se trouve éternuée, elle a des tremblements qui n'ont rien de caractéristique.

Elle accuse la sensation de boule, d'étouffement, de constriction à la gorge.

Tous les réflexes sont normaux.

Tous les modes de sensibilité générale et spéciale sont intacts.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation VII

M^{lle} D..., entre le 11 juillet 1906 pour consulter M. Babinski.

Elle se plaint de crises nerveuses qu'elle a depuis six mois.

Elle se plaint en outre de difficulté de marcher.

Ces troubles de la démarche datent aussi de six mois.

Par l'application des électrodes de l'appareil faradique sur la région dorsale, on arrive à faire marcher la malade seule.

Du reste aucun trouble anormal dans les réflexes des membres inférieurs.

Rien d'anormal dans les diverses modalités de la sensibilité spéciale et générale.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation VIII

G... A..., vient consulter M. Babinski le 20 décembre 1906.

Elle se plaint de crises, la première eut lieu il y a six semaines.

La fin des crises est accompagnée de larmes ou de pleurs.

Elle aurait assisté aux crises d'une amie.

Tous les réflexes sont normaux.

De même que tous les modes de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation IX

E... M..., âgée de 29 ans.

Vient pour tremblement de la tête.

Ce tremblement n'a rien de caractéristique, il est irrégulier comme oscillations, comme sens.

Elle a la sensation de boule qui lui remonte.

Elle est prise à certains moments de dyspnée.

L'auscultation ne décèle rien dans le cœur ni dans les poumons.

Pas d'albumine.

Rien n'explique cette dyspnée.

L'électricité faradique avec la persuasion fait disparaître les crises de dyspnée.

Guérison complète au bout de dix jours.

Tous les réflexes sont normaux.

Rien d'anormal dans la sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation X

M..., âgée de 24 ans.

Vient pour des crises nettement hystériques.

Grande attaque avec arc de cercle.

Aucun signe objectif.

Rien d'anormal dans les réflexes.

Pas d'anomalie dans les divers modes de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XI

R... B..., âgée de 17 ans, étudiante au P. C. N.

Il y a deux ans la malade eut une crise nerveuse.

Depuis, ces crises se répètent à la suite de contrariétés.

Elles ont nettement les caractères de la crise hystérique.

De plus elle accuse une sensation de constriction à la gorge.

Aucun trouble dans les réflexes.

Tout est normal dans la sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XII

V... C..., âgée de 23 ans, vient dans le service de M. Babinski.

Hier, pour la première fois étant, elle a eu une crise nerveuse.

Elle a vu sa sœur se suicider au revolver.

La crise débute par une chute; pendant la crise, mouvements convulsifs mais désordonnés.

Pendant la crise elle garde sa connaissance, elle s'arrache les cheveux.

Elle a aussi souvent la sensation de constriction à la gorge lorsqu'elle a des contrariétés.

On arrive à provoquer la crise séance tenante par la suggestion.

Aucun trouble dans les réflexes.

Rien d'anormal dans les modes de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XIII

C..., âgée de 24 ans. Téléphoniste qui vient consulter M. Babinski le 8 janvier 1907.

Après son mariage, il y a deux mois, elle se plaint d'étouffement, de constriction à la gorge, croit qu'elle va mourir d'une syncope, car on lui a dit qu'elle avait une affection au cœur.

Aucun signe objectif de maladie organique.

Tous les réflexes sont conservés et normaux.

Pas de trouble dans les modes de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XIV

L... C..., âgée de 26 ans, vient dans le service de M. Babinski, le 10 janvier 1907.

Elle se plaint de troubles nerveux multiples.

Elle a de petites crises d'énervement, d'agitation, de larmes ou de rires, en outre, elle accuse la sensation de constriction à la gorge.

Tous les réflexes sont normaux.

Tous les modes de sensibilité sont conservés et normaux.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XV

G. ., âgée de 36 ans, entre dans le service de M. Babinski le 9 janvier 1907.

A la suite de la perte de son enfant, elle a des moments d'abattement.

Quelques troubles nerveux, des périodes de sommeil brusque.

Pendant ces crises de sommeil, la malade serait pâle.

De plus, impossibilité de marcher.

Pas de douleurs dans les membres inférieurs.

Réflexes rotuliens et achilléens sont normaux.

Pas de trépidation épileptoïde.

Pas de signe de Babinski.

Pas de troubles dans les sphincters.

Il s'agit de paraplégie hystérique.

Pas de troubles de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

La persuasion comme traitement a suffi pour guérir la malade de ses troubles de la démarche.

Observation XVI

L..., entre, le 17 janvier 1907, dans le service de M. Babinski.

Elle a des crises de nerfs.

Ces crises n'ont rien de comitial, c'est de l'hystérie.

Tout est normal dans les réflexes.

Pas de troubles de sensibilité.

Le champ visuel paraît être rétréci à gauche, mais on note de ce côté de la diminution de l'acuité visuelle.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XVII

L..., âgée de 42 ans, vient à La Pitié, le 13 mars 1907.

Difficulté de marcher depuis six mois.

Elle a été considérée en ville comme étant atteinte de phlébite.

Elle ne peut soulever entièrement le pied du sol, elle marche sur la pointe des pieds.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux.

Pas d'épilepsie spinale, pas d'extension des orteils.

Pas de troubles dans les sphincters.

C'est une paraplégie hystérique.

La malade a en outre des crises de nerfs.

La persuasion a suffi pour guérir complètement la malade.

Aucun trouble de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XVIII

M... C..., femme de chambre, vient à La Pitié le 6 mars 1907.

Depuis quelques jours elle a des crises nerveuses.

La première crise éclata à la suite d'une grande contrariété.

Ces crises ne surviennent jamais dans la rue.

Aucun des signes d'une crise comitiale.

Tous les réflexes sont normaux.

Pas de troubles de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémi anesthésie.

Observation XIX

M..., âgée de 35 ans, vient à l'hôpital le 26 juin 1907.

Elle vient pour des tremblements survenant par crise à la moindre émotion.

De plus, elle accuse la sensation de constriction au niveau de l'estomac.

Elle a aussi des crises nerveuses qu'on provoque volontairement par la suggestion et qu'on arrête par l'application des électrodes de l'appareil faradique au niveau du cou.

Réflexes normaux.

Pas de troubles de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémi anesthésie.

Observation XX

P..., âgée de 38 ans.

Depuis dix ans elle a des crises de larmes sans raison.

Elle a aussi des crises avec des mouvements désordonnés.

Pendant la crise, il n'y a pas de perte de connaissance.

Tous les réflexes sont normaux.

Aucun trouble de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémi anesthésie

Observation XXI

S... P..., âgée de 25 ans, vient consulter M. Babinski, le 10 avril 1907.

Elle a des crises de nerfs.

Pendant la crise, se débat beaucoup, garde sa connaissance et crie.

A la fin de la crise elle rit ou elle pleure.

On reproduit à volonté ces crises par la suggestion.

Tous les réflexes sont normaux.

Aucun trouble de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXII

P..., âgée de 34 ans.

Elle se trouve constamment dans un état nerveux.

Elle a des crises de tremblement et de serrement de gorge ; souvent des crises de larmes, et quelques hallucinations.

Tous les réflexes sont normaux.

Pas de troubles dans les divers modes de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXIII

P...,

Se plaint de vagues douleurs dans le dos.

A tout propos elle a des crises d'étouffement.

Rien d'anormal du côté de la colonne vertébrale, ni douleur à la pression, ni déformation.

Pas de troubles dans les sphincters.

Pas de réflexes exagérés, tous sont normaux.

Il s'agit d'une hystérique.

Pas de troubles de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémi anesthésie.

Observation XXIV

V..., âgée de 19 ans, entre dans le service de M. Babinski, le 19 janvier 1907.

Malade très nerveuse ayant des crises de larmes à tout propos.

Il y a deux mois, à la suite d'un refroidissement, la malade accusa des douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs.

Ces douleurs surviennent par moments.

De plus la démarche devient impossible.

Il ne s'agit pas de tabès, les réflexes rotuliens et achilléens sont conservés, pas de signe d'Argyll-Robertson, d'ailleurs les douleurs ne ressemblent nullement aux douleurs fulgurantes du tabès.

Il ne s'agit non plus ni d'affection médullaire, ni d'affection névritique, car tous les réflexes sont normaux. Pas de troubles dans les sphincters.

Il s'agit d'une paraplégie hystérique.

En effet, la persuasion et l'application des électrodes de l'appareil faradique permettent à la malade de se tenir debout et de marcher seule séance tenante.

Pas de troubles de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXV

F... F..., âgée de 29 ans.

Elle vient parce qu'elle a des crises de nerfs au moment des règles.

Elle commence par avoir une sensation de boule qui remonte à la gorge, cette boule l'étrangle, alors elle se met à avoir de grands mouvements désordonnés.

Pendant les crises la connaissance reste intacte.

Réflexes normaux.

Pas de troubles de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'anesthésie du fond de la gorge.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXVI

F..., âgée de 38 ans, vient consulter M. Babinski le 22 avril 1907.

Dans une fabrique de pipes où elle travaille, elle fit, il y a un an, un effort avec la main droite.

Elle se trouva dans l'impossibilité de se servir de la main droite.

Elle accusa ensuite quelques petites douleurs dans le bras droit.

Il ne s'agit pas d'une affection organique.

Les réflexes tricipital et du poignet sont normaux ; de même que tous les autres réflexes.

La persuasion amène la disparition de l'impotence et des douleurs du membre supérieur droit.

Aucun trouble de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXVII

F..., âgée de 37 ans, vient à la consultation de M. Babinski le 15 mai 1907.

Elle est enceinte, elle a des crises de nerfs survenant à la suite d'émotion.

D'ailleurs on provoque ces crises à volonté par la suggestion, il ne s'agit pas de crises d'éclampsie.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Les réflexes sont normaux.

Aucun trouble de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXVIII

A... A..., âgée de 19 ans, entre à La Pitié, le 20 octobre 1907.

A la suite d'une pleuro-pneumonie récente, elle est prise de troubles nerveux multiples.

Elle a la sensation d'étouffement et des crises de hoquets survenant à la moindre émotion.

Elle accuse aussi quelques douleurs vagues dans la jambe droite.

Les réflexes du membre inférieur droit sont normaux de même que tous les autres réflexes.

Il n'y a pas de trouble de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXIX

M..., âgée de 17 ans, elle vient de Raincy pour entrer à La Pitié, le 10 octobre 1907.

Elle a des crises d'hystérie.

Pendant les crises elle se débat, mais ne se mord pas la langue, n'a pas d'émission involontaire d'urines, n'écume pas, n'a pas d'amnésie.

Sa première crise date de quatre mois.

Tous les réflexes sont normaux.

Rien d'anormal dans les modes de sensibilité.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXX

L..., âgée de 28 ans, infirmière, vient dans le service de M. Babinski, le 9 novembre 1907.

Elle a des crises d'hystérie.

La première crise eut lieu le 25 juillet.

Elle est survenue après avoir assisté à une attaque d'épilepsie chez un infirmier.

Elle accuse en même temps, en dehors de ces crises épileptiques la sensation de boule pharyngée.

Tous les réflexes sont normaux.

Tous les modes de sensibilité sont normaux.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXXI

B... J..., âgée de 29 ans. Entre, le 29 octobre 1907, dans le service de M. Babinski.

Elle arrive parce qu'elle ne peut marcher.

Pas de douleurs, pas de sensations anormales, telles que fourmillements ou crampes dans les jambes.

Réflexes plantaires, achilléens et rotuliens normaux.

Les sphincters fonctionnent normalement.

Les pupilles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Aucun trouble de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Cette paraplégie hystérique fut améliorée séance tenante à la suite de persuasion aidée de l'application des électrodes de l'appareil faradique. La guérison fut complète au bout de quelque temps.

Observation XXXII

B..., âgée de 15 ans, vient à la Pitié en décembre 1907.

Elle se plaint de crises survenant à la suite d'ennuis, de contrariétés.

On provoque à volonté la crise par la suggestion séance tenante.

Aucun signe objectif de maladie organique du système nerveux.

Tous les modes de sensibilité sont conservés.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXXII

M... C..., cuisinière, âgée de 38 ans, entre dans le service de M. Babinski, le 11 décembre 1907.

Elle est éthylique.

A la suite d'une intervention chirurgicale pratiquée sur le médius droit, la malade a des mouvements rythmés dans le membre supérieur droit.

Les réflexes du poignet et du coude sont normaux ainsi que tous les autres réflexes.

Il s'agit de chorée rythmique hystérique.

La suggestion provoque à volonté ces mouvements rythmiques.

En serrant le bras et en persuadant la malade on arrive à arrêter ces mouvements.

D'ailleurs la malade a été soignée pour cela à la Salpêtrière.

La psychothérapie par persuasion amena la guérison des troubles.

Aucun trouble de sensibilité.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXXIV

P..., infirmière, âgée de 34 ans.

Depuis l'âge de 14 ans la malade a une sorte de myoclonie au niveau des muscles peauciers, des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, des muscles de la face et de la nuque.

Ces troubles peuvent être reproduits à volonté par la suggestion.

De plus la malade fut sujette à des crises d'hystérie entre l'âge de 23 et 24 ans.

Rien n'est plus facile que de provoquer ces crises d'hystérie par la suggestion.

Le conseil donné à la malade de se serrer le pouce de la main droite pour faire arrêter la crise de myoclonie réussit très bien.

Par ce moyen la malade se débarrassa de ses crises au bout de quelques temps.

Tous les réflexes sont normaux.

Pas de troubles de sensibilité.

Pas d'hémianesthésie.

Observation XXXV

H... E..., âgée de 16 ans, vient dans le service de M. Le Noir pour des vomissements survenant un peu après les repas, et nullement en rapport avec la qualité et la quantité de ces derniers.

Après un traitement par le lait et surtout en lui promettant qu'elle ne vomirait plus, la guérison est survenue au bout de quatre à cinq jours.

La mère de la malade a des crises de nerfs, et, elle est soignée pour cela à la Salpêtrière depuis de longues années.

La malade elle-même eut des crises à l'âge de 15 ans, avec chute, cris et mouvements désordonnés.

Elle n'a pas été vue par un médecin.

Elle n'a aucun trouble de sensibilité.

Nous sommes arrivés à créer une hémianesthésie droite en lui assurant qu'elle sentait bien moins de ce côté, cette hémianesthésie fut très nette chez elle et accentuée.

Nous l'avons persuadée qu'elle disparaîtrait avec le retour de ses règles, ce qui arriva en effet.

Observation XXXVI

A... L. ., âgée de 18 ans, vient dans le service de M. Le Noir pour un érythème noueux localisé aux membres inférieurs, très peu de douleur au niveau des deux genoux et de la cheville droite.

Après la guérison complète de la malade, traitée par les enveloppements de salicylate de méthyle et de salicylate de soude à l'intérieur, nous explorâmes la sensibilité cutanée qui était normale.

Le lendemain nous répétâmes l'expérience en prétextant qu'il fallait bien voir si la sensibilité des jambes était normale, car l'érythème qu'elle venait d'avoir pouvait la faire disparaître.

Le surlendemain nous trouvâmes de l'anesthésie des deux membres inférieurs, nous la rassurâmes sur la bénignité du prétendu trouble, la malade nous dit avoir de nouveau quelques douleurs, c'était très probablement de la suggestion, l'envelop-

penient cette fois avec de la ouate seule suffit à faire disparaître les douleurs et l'insensibilité.

Observation XXXVII

H... B..., âgée de 31 ans, vient en février 1908 dans le service de M. Le Noir pour une très légère hémoptysie.

Elle est en outre nerveuse, elle étouffe à la moindre contrariété, elle est serrée de la gorge par une « main ».

Nous avons profité de ce qu'elle nous disait qu'elle ne pouvait se tenir sur ses jambes quand elle avait travaillé un peu plus que de coutume, pour suggérer de l'anesthésie des membres inférieurs.

« Vous ne devez pas les sentir quand vous êtes ainsi fatiguée », mais une première expérience n'aboutit à rien, elle sent également partout.

Nous sommes revenu plusieurs fois de suite ; à la fin il y eut de l'anesthésie dans les deux jambes seulement.

Si nous avions persisté nous aurions pu accentuer cette anesthésie et l'étendre jusqu'au tronc.

Observation XXXVIII

R... P..., âgée de 24 ans, vient en mars 1908 dans le service de M. Le Noir pour une grippe.

Elle a eu il y a deux ans des crises nettement hystériques, le médecin appelé aurait trouvé « un pied qui ne sentait pas mais je ne me rappelle plus lequel ».

Actuellement il n'y a pas trace de troubles de sensibilité.

Quelques jours après nous soumettons la malade à la recher-

che de sensibilité puis nous questionnons : « N'y a-t-il pas un côté qui sente moins? — Peut-être bien, recommencez, si, le côté droit est plus insensible. »

Nous avons pu augmenter cette hémianesthésie droite de jour en jour ; un jour elle toussait et elle avait mal à la tête, nous en profitâmes pour dire qu'avec ce mal de tête son insensibilité disparaîtrait, en effet c'est ce qui est arrivé, au bout de deux jours l'hémianesthésie n'existait plus.

Observation XXXIX

J... I..., domestique, âgée de 18 ans, entre dans le service de M. Le Noir pour une maladie d'estomac.

Depuis six semaines elle se plaint de vomissements survenant très peu après l'ingestion des aliments ; ces vomissements ne sont en rapport ni avec la qualité ni avec la quantité des aliments.

L'intolérance gastrique est absolue.

Aucune sensation subjective au niveau de l'estomac susceptible de faire songer à une dyspepsie véritable. Pas d'hématémèse ni mælena, appétit bien conservé, état général très bon.

Tous les réflexes sont normaux.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Mais il y a hémianesthésie gauche, elle est nette.

Il s'agit de vomissements hystériques.

La malade fut mise à l'isolement.

On eut soin d'enlever cuvette, crachoir, bassin, enfin toute espèce de récipient pouvant facilement inciter la malade à vomir.

La malade eut des vomissements les deux premiers jours seulement qui cessèrent bientôt.

A l'interrogatoire de la malade, nous apprîmes qu'elle avait eu des crises de nerfs.

La malade travaille dans une maison dont la maîtresse a des crises de nerfs depuis onze ans.

Dès le premier jour de son entrée, notre malade ne cessa d'assister aux crises très fréquentes de sa maîtresse.

Celle-ci se plaisait à faire part de son mal à sa bonne. C'est ainsi qu'elle lui dit qu'elle était insensible du côté gauche et que son médecin avait beau la piquer avec des épingles ou des aiguilles de ce côté, elle ne sentait rien.

Notre malade, épouvantée par la vue des crises et de l'insensibilité de sa maîtresse, appréhendait d'être comme elle un jour.

Après deux mois de séjour, la domestique commença à avoir des étouffements qui finirent par devenir de véritables crises.

Elle appela le médecin qui explora la sensibilité avec une épingle et qui lui demanda « si elle sentait pareil des deux côtés, et si elle ne sentait pas un peu moins d'un côté ».

La malade sentait également, mais à la fin de la séance elle fut surprise de sentir moins du côté gauche.

Ces séances se répétèrent trois fois dans l'espace de quatre semaines, et la malade sentait de moins en moins après chaque séance.

Nous avons aussi cherché pourquoi notre malade avait localisé son hystérie à son estomac.

Sa maîtresse n'avait pas de vomissements ; mais notre malade avait une grand'mère, atteinte d'une maladie d'estomac, qui vomissait deux fois par jour, elle était obligée de soigner sa grand'mère.

Quand notre malade a commencé à avoir ses vomissements

le même médecin venait explorer à nouveau sa sensibilité avec des épingles et disait aux parents de la malade : « Voyez, ce n'est rien, ces malades ne sentent pas d'un côté, elle vomira, puis un beau jour elle n'en vomira plus, voyez, elle ne sent pas à gauche. »

Le médecin n'a pas cherché le rétrécissement du champ visuel, lequel, en effet, n'existe pas chez notre malade.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue :

La contagion de la crise ;

La création de l'hémianesthésie à gauche comme celle de la maîtresse de maison.

Mais on ne peut au juste préciser lequel des deux a suggéré l'hémianesthésie à la bonne, le médecin ou la maîtresse de maison qui se piquait devant notre malade.

Dans tous les cas, l'hémianesthésie a été découverte au moment de l'examen par le médecin.

Le médecin a, tout au moins, contribué à entretenir l'hémianesthésie par ses examens reitérés, s'il ne l'a pas suggérée lui-même.

Observation XL

M... L..., infirmière, âgée de 18 ans. Service de M. Le Noir. C'est une malade qu'on transporte d'un service de chirurgie en médecine, salle Andral, hôpital Saint-Antoine.

La malade fait des efforts de vomissements bruyants, on éloigne toute espèce de récipient, et on menace de la mettre à l'isolement dans une chambre si elle continue à vomir.

En l'interrogeant elle nous dit avoir eu une crise d'appendicite.

Nous méfiant, nous demandâmes si on n'avait pas recherché la sensibilité. D'abord elle nous répondit que non, mais à la fin elle l'avoua.

En effet ses vomissements incessants avec un état général bon avaient fait soupçonner l'hystérie.

« Il y a quinze jours, dit-elle, ils ont voulu absolument que je ne sente pas d'un côté, mais pourtant je sentais bien, à la fin ils ont trouvé que je ne sentais pas sous le sein gauche, ce n'est pas vrai, au début je sentais bien mais à la fin je ne sais plus. » « Ce matin ils m'ont mis de la quinine sur la moitié de la langue et ils disaient : « n'est-ce pas ça n'a pas de goût ? » et vous savez c'était bien amer. »

En effet nous trouvâmes sous le sein gauche une légère anesthésie en piquant avec l'épingle ni brusquement ni perpendiculairement, l'épingle pénétra un millimètre à peu près.

Mais nous lui avons affirmé qu'elle sentirait en piquant avec une aiguille à coudre, mais elle s'y refusa, « vous me ferez mal », nous disait-elle ; et en piquant un peu brusquement, ses cris témoignèrent de la sensibilité de la région sous-mammaire.

Et quand nous lui eûmes dit qu'elle sentait fort bien, elle ajouta : « Est-ce que je sais moi, ils ont voulu de toute force que je ne sente pas. »

Pendant toute la durée de l'interrogatoire la malade oublia de vomir et sitôt notre départ, elle se mit à simuler les vomissements.

Nous avons rapporté textuellement les paroles de cette malade, elles montrent avec quel acharnement

on a recherché l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Le procédé est plus que de la suggestion, c'est de la pression.

La zone prétendue insensible redevint sensible sous l'influence de la persuasion ou grâce à un procédé qui déjoua facilement le stoïcisme tacite.

La malade est retournée dans le service de chirurgie, on a trouvé de la douleur au point Mac-Burney, il s'agissait d'une appendicite chez une hystérique.

Observation XLI

M...K..., âgée de 31 ans, vient dans le service de M. Le Noir à l'hôpital Saint-Antoine pour un début de bacillose.

Elle est très nerveuse, il y a deux ans, elle a eu des crises d'hystérie, elle a la sensation de boule qui précède ses crises.

Elle a de l'hémianesthésie du côté gauche.

En interrogeant la malade, pour trouver une cause à cette hémianesthésie, elle nous dit qu'elle fréquentait, il y a deux ans et demi, une société d'hypnotisme où il y avait des médiums, « on endormait les gens, on faisait tourner des tables et puis on rendait les femmes insensibles, j'en suis vite partie car on a voulu m'endormir et on m'a piqué le côté gauche. »

La chose était nette, l'hémianesthésie a dû être suggérée au cours de ces séances.

Tous les réflexes et tous les autres modes de sensibilité étaient normaux.

La guérison de l'hémianesthésie fut longue à venir, il a fallu tricher, au début on piquait au contraire plus fort à gauche et

presque pas à droite, si bien qu'à la fin, à une piqûre également forte des deux côtés, la malade eut la conviction qu'elle sentait également des deux côtés.

Observation XLII

D... L..., âgée de 24 ans, entre dans le service de M. Babinski à La Pitié, le 5 novembre 1907.

Il s'agit d'une malade qui a eu, il y a quelques mois, une hémoptysie.

Les pupilles sont un peu dilatées, mais réagissent normalement.

Elle vient parce qu'elle a la sensation de vide dans le ventre.

Tous les réflexes sont normaux.

Aucun signe objectif de maladie organique du système nerveux.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Cependant anesthésie au tact et à la piqûre sur toute la région abdominale.

On dit à la malade qu'elle va guérir de son anesthésie en appliquant les électrodes d'un petit appareil faradique.

L'anesthésie guérit séance tenante.

La sensation du vide dans le ventre avait créé l'anesthésie localisée à l'abdomen.

*
* *

Ces observations comme on voit, sont courtes, elles ne renferment que les points qui nous intéressent ou qui touchent directement à notre sujet, c'est ainsi qu'on

a omis systématiquement les antécédents héréditaires et personnels, abrégé l'histoire et l'analyse complète des symptômes pour lesquels les malades sont venues consulter.

Tous les réflexes plantaires, achilléens, rotuliens, crémastérins, abdominaux, du poignet, du coude, des pupilles ont été minutieusement examinés, ils ont été tous trouvés intacts et normaux, ce qui prouve que l'hystérie est incapable de les altérer. L'hystérie ne fait que ce que la volonté est capable de faire.

De plus tous les modes de sensibilité spéciale et générale ont été recherchés, la sensibilité des articulations, des muqueuses, la sensibilité au tact, à la douleur, à la chaleur, au froid, le sens stéréognostique, la polyopie monoculaire, le rétrécissement du champ visuel, tous ces modes de sensibilité furent trouvés intacts et normaux. C'est pour éviter des redites que nous ne les avons pas mentionnés d'une façon spéciale dans chaque observation.

Tous les troubles de ces divers modes de sensibilité sont considérés, par l'opinion classique, comme des stigmates ou des accidents très fréquents de l'hystérie ; leur absence, dûment constatée dans un grand nombre d'observations prises avec soin, nous amène à accepter les mêmes conclusions que nous posons pour l'hémi-anesthésie :

CONCLUSIONS

1° L'hémi-anesthésie n'est pas un stigmate de l'hystérie, elle n'a pas le caractère essentiel d'un stigmate qui est la présence permanente, la fixité. L'hémi-anesthésie est presque toujours absente, quand elle existe elle peut changer de forme, d'intensité et de côté.

2° On peut la créer par suggestion et la faire disparaître par persuasion, elle est donc identique à toutes les autres manifestations de l'hystérie, et à ce titre, elle relève de la définition donnée par M. Babinski à ces manifestations.

3° La présence d'hémi-anesthésie chez un sujet prouve que celui-ci est pathologiquement suggestible et par ce fait même un hystérique, puisque le propre de l'hystérique est d'être suggestible.

4° Sa présence ne prouve pas que tous les autres troubles présentés par le même sujet soient de nature hystérique, ces troubles peuvent être de nature différente évoluant pour leur propre compte sur un sujet hystérique (Association de l'hystérie avec les maladies orga-

niques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections).

5° A l'origine de toute hémianesthésie, nous croyons qu'il y a suggestion ou autosuggestion, mais il n'est pas toujours aisé de les mettre en évidence, dans ce cas on n'est pas en droit de nier leur existence.

6° Les sources de suggestion les plus communes sont l'interrogatoire et le mode d'examen tendancieux du médecin au moment de la recherche de l'hémianesthésie, on doit éviter au cours de l'examen toutes les questions et manœuvres capables de suggérer dans l'esprit des malades l'idée d'une hémianesthésie possible.

7° On ne doit pas interroger les malades sur le degré de la sensation perçue avec les piqûres d'épingles, un interrogatoire entouré de toutes précautions avec le procédé de la piqûre brusque et perpendiculaire aux téguments, suffisent pour mettre en évidence une réelle inégalité dans la sensibilité sans qu'on ait besoin d'avoir l'avis du malade à cet égard.

Vu : le Président de la thèse

BRISSAUD

Vu le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKI. — Hypnotisme et hystérie. Leçon faite à la Salpêtrière, le 23 juin 1891 (Extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, juillet 1891).
- Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections (Extrait des *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux* de Paris, séance du 11 novembre 1892).
 - Contractures organique et hystérique. Extrait des *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux* de Paris, séance du 5 mai 1893,
 - Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique (Extrait de la *Gazette des hôpitaux* des 5 et 8 mai 1900).
 - Définition de l'hystérie (Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de Neurologie de Paris*, 7 novembre 1901).
 - Introduction à la sémiologie des maladies du système nerveux. Des symptômes objectifs que la volonté est incapable de reproduire, de leur importance en médecine légale. Extrait de la *Gazette des hôpitaux* du 11 octobre 1904.
 - Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme (Pithiastisme). Conférence faite à la Société de l'internat des hôpitaux de Paris (*Séance du 28 juin* 1906).
 - Quelques remarques sur l'article de M. Sollier intitulé : La définition et la nature de l'hystérie (Extrait des *Archives générales de Médecine*, mars 1907).

- BABINSKI. — Suggestion et hystérie. (A propos de l'article de M. Bernheim intitulé: «*Comment je comprends le mot hystérie* »).
- BALLET. — Attaque d'hystérie à forme d'épilepsie. *Gaz. des hôp.*, 1891.
- BARDOL. — L'hystérie simulatrice des mal. org. de l'encéphale chez les enfants, 1893.
- BRISSAUD. — *Arch. de neurol.*, 30 décembre 1904.
- BERNHEIM. — Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie. *Bull. méd.*, 8 novembre 1902.
- BRIQUET. — Traité.
- CHARCOT. — Leçons du mardi année 1888. Leçon du 21 février, p. 205 et 208.
- Leçons cliniques, 1885-1889.
 - Hémianesthésie hystérique et hémianesthésie toxique. (*Bull. méd.*)
- CHARPENTIER. — Dernières conceptions et définitions de l'hystérie (Extrait des *Archives de Neurologie*, 1903, n° 90, et 1904, n° 98).
- CROCQ. — L'hypnotisme scientifique, 2^e édition.
- DÉJÉRINE. — Pathologie générale Charcot-Bouchard, tome V.
- DUTIL. — Traité de médecine Bouchard-Brissaud, 2^e édition, 1905. Hystérie ou Pithiatisme, par H. Dutil et Ch. Laubry.
- Hystérie et neurasthénie associées. *Gaz. méd. de Paris*, 1889.
- GILLES DE LA TOURETTE (et Georges Gasne). — Traité de médecine Brouardel et Gilbert, 1902.
- Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.
- GRASSET. — Hypnotisme et suggestion. Octave Doin, Paris.
- Leçons de clin. méd., 1896. Hystéro-traumatisme.
 - Leçons de clin. mé l., 2^e série (1890-1893). Étiologie infectieuse de l'hystérie.
- G. GUINON. — Les agents provocateurs de l'hystérie. *Thèse de Paris*, 1889.
- Hystérie droite et gauche. *Revue de Neurologie*, 15 décembre 1899.
- HUCHARD. — De la paralysie hystérique sans anesthésie, 1881.
- HAMANT. — Hémianesthésie saturnine. *Thèse de Paris*, 1879.
- JANET (Pierre). — L'automatisme psychologique. Paris, 1889.
- Névroses et idées fixes. Paris, 1898.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — L'hypnotisme collectif en Tunisie.

LAUBRY. — *Thèse*, 1903.

MATHIEU ET MILIAN. — Pituïte hémorragique des hystériques. (*Gaz. des hôp.*, 1896).

PENGNIÉZ. — De l'hystérie chez les enfants. Paris, 1885.

PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.

— Des anesthésies hystériques. Bordeaux, 1887.

RAULIN. — Traité des affections vaporeuses, 1758.

RIBOT. — Maladies de la personnalité.

RICHER (Paul). — Les démoniaques dans l'art. 1987.

— Les études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie, 2^e édition, 1885.

SOLLIER. — Faits nouveaux relatifs à l'hystérie. Congrès de Rome, 1891.

— Définition et la nature de l'hystérie. *Arch. génér. de méd.*, numéro du 9 octobre 1906.

— Genèse et nature de l'hystérie. L'hystérie et son traitement. Société de neurologie (séance du 9 avril 1908). *Gazette des hôpitaux*, page 536.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

